

暴发性肝功能衰竭 PDF转换可能丢失图片或格式，建议阅读原文

[https://www.100test.com/kao\\_ti2020/301/2021\\_2022\\_\\_E6\\_9A\\_B4\\_E5\\_8F\\_91\\_E6\\_80\\_A7\\_E8\\_c22\\_301824.htm](https://www.100test.com/kao_ti2020/301/2021_2022__E6_9A_B4_E5_8F_91_E6_80_A7_E8_c22_301824.htm) 名称暴发性肝功能衰竭

所属科室消化内科病因暴发性肝衰竭是由多种病因引起大量肝细胞坏死及严重肝功能损害，既往无肝病史并在病后8周内出现肝性脑病的综合征。起病急、进展快、病死率高。早期诊断、早期治疗可降低病死率。病理由肝炎病毒、药物中毒、毒蕈中毒所致FHF，其肝病理特点为广泛肝细胞坏死，肝细胞消失，肝脏体积缩小。一般无肝细胞再生，多有网状支架塌陷，残留肝细胞淤胆，汇管区炎性细胞浸润。妊娠期急性脂肪肝、Reye综合征等肝病理特点为肝细胞内线粒体严重损害，而致代谢功能失常。肝小叶至中带细胞增大，胞浆中布满脂肪空泡，呈蜂窝状，无大块肝细胞坏死。肝缩小不如急性重型肝炎显著。临床表现在病程中因有多脏器受累，故临床症状复杂多样。起病急，病情演变进展迅速。

一、早期症状

- 1、黄疸 有3个特点：(1)黄疸出现后在短期内迅速加深，如总胆红素  $> 171 \mu\text{mol/L}$ ，同时具有肝功能严重损害的其他表现，如出血倾向、凝血酶原时间延长、ALT升高等。若只有较深黄疸，无其他严重肝功能异常，示为肝内淤胆。(2)黄疸持续时间长，一般黄疸消长规律为加深、持续、消退3个阶段，若经2~3周黄疸仍不退，提示病情严重。(3)黄疸出现后病情无好转，一般规律急性黄疸型肝炎，当黄疸出现后，食欲逐渐好转，恶心呕吐减轻。如黄疸出现后1周症状无好转，需警惕为重型肝炎。
- 2、持续低热 病初可有低热，黄疸出现后体温下降至正常。若与黄疸同时伴有持续性低热，

提示有肝细胞坏死或内毒素血症。3、一般情况极差如乏力、倦怠、无食欲，甚至生活不能自理。4、明显消化道症状频繁恶心、呕吐、呃逆、明显腹胀、肠鸣音消失、肠麻痹。5、出血倾向如皮肤淤斑、紫癜、鼻衄、牙龈出血，少数上消化道出血等，提示凝血功能障碍，肝功能衰竭。6、腹水迅速出现因白蛋白半衰期较长（2周左右），一般在病后2~3周才出现低白蛋白血症，病程超过2~8周者多有腹水。7、性格改变如原性格开朗，突变为忧郁，或相反。睡眠节律颠倒，语言重复，不能构思，定向障碍，行为怪癖，行为怪癖，随地便溺等，均为肝性脑病征兆。继而出现意识障碍，进入肝昏迷。8、进行性肝缩小、肝臭、扑翼样震颤，肌张力增高，锥体束征阳性，踝阵挛等，提示肝损害严重。9、心率加快、低血压，与内毒素血症有关或有内出血。

二、后期症状在病程的极期主要表现为肝性脑病，继而出现下列症状，其间移行阶段不易截然分开。

- 1、脑水肿 当有踝阵挛、锥体束征阳性时已有脑水肿，或有球结膜水肿、瞳孔散大固定，呼吸变慢、节律不规则，视乳头水肿均示脑水肿表现。
- 2、凝血功能障碍和出血 出血部位以皮肤、牙龈、鼻粘膜、球结膜及胃粘膜等常见。
  - （1）血小板质与量异常 FHF时血小板较正常小，电镜可见空泡、伪足、浆膜模糊。无肝性脑病时血小板正常。因骨髓抑制、脾功能亢进、被血管内凝血所消耗，可致血小板减少。
  - （2）凝血因子合成障碍 血浆内所有凝血因子均降低，尤以 因子在肝外合成，反而增高。凝血酶原时间明显延长。
  - （3）DIC伴局部继发性纤溶 血浆内血浆素和其激活物质均降低，而纤维蛋白/纤维蛋白原降解产物增加。
- 3、感染 以呼吸道感染最常见，其他发泌尿感染，多为G-杆菌、G球

菌，也可有厌氧菌及霉菌感染。4、肾功能衰竭 FHF时肾功能异常达70%，急性肾小管坏死占半数。有高尿钠、等渗尿及肾小管坏死。与肝细胞坏死、内毒素血症、利尿剂应用不当、胃肠出血致低血容量及低血压等因素有关。有报告肾功能衰竭在FHF死因中占首位，值得注重。5、电解质酸碱平衡紊乱 低血钠、低血钙、低血镁、低血钾，呼吸性碱中毒、低谢性碱中毒和代谢性酸中毒等。6、其他 低血糖、低氧血症、肺水肿、心律失常、门脉高压及急性胰腺炎等。检查一、凝血酶原时间测定此项检查为正确反映损害严重程度的最有价值的指标之一，有助于早期诊断。本试验要求严格，需由有经验者负责，力求准确。表现为凝血酶原时间明显延长。二、胆硷脂酶测定此酶由肝细胞合成，故严重肝损害时，血清胆硷脂酶明显降低。三、胆酶分离现象胆红素逐渐升高而ALT却下降。80%的ALT存在于肝细胞浆内，当肝细胞损害时，细胞膜通透性改变，ALT逸入血液内，早期ALT可升高，随病情加重，到一定时期该酶已耗竭，加以其半衰期短，血清中ALT下降，提示预后不良。四、AST/ALT比例动态观察病后10日内测定，对猜测病情及预后有一定意义。ALT主在肝细胞浆内，AST大多存在于线粒体内，正常AST/ALT比值为0.6。当肝细胞严重损害时，AST从线粒体排出，其比值即 $>1$ 。五、氨基酸（AA）测定包括尿氨基酸总量及血清氨酸分析。由于几乎所有氨基酸均在肝内代谢，由肝细胞合成人体必需的蛋白质。当严重肝损害时，AA不能被利用而引起AA代谢障碍及平衡失调。首先尿AA总量明显增加，血清中芳香族氨基酸增高，支/芳比值由正常3~3.5下降为 $<1$ ，提示预后不佳。诊断强调密切观察病情早期诊断 起病8周内出

现肝性脑病，神经精神症状； 无慢性肝病体征； 同时有严重肝功能损害临床表现； 常规生化及血液学检查有肝细胞功能减退，早期ALT升高，凝血酶原时间延长； 有肝炎接触史或药物、毒物致肝损害史； 肝病理检查有大块肝细胞坏死。治疗基本原则： 加强监护，发现问题及时处理； 早期诊断，早期治疗； 预防并发症。

一、病因治疗对肝炎病毒所致FHF，有HBV、HCV、HDV重叠感染者，或在发病早期、病程进展较缓慢者可用抗病毒药物，如干扰素等。药物引起者应停用药物。

二、免疫调节不提倡用肾上腺皮质激素及免疫抑制剂。可适当用免疫增强剂，如胸腺\*\*\*，用法：每日6~20mg加入10%葡萄糖液250~500ml，缓慢静脉滴注，每日1次，30日为1疗程，用药前做皮肤试验。也可用新鲜血浆。

三、胰高糖素-胰岛素疗法（GI疗法）抗肝细胞坏死，促进肝细胞再生。用法为胰高糖素1mg，胰岛素10U加入10%葡萄糖液500ml内，缓慢静脉滴注，每日1~2次，与支链氨基酸为主的制剂联用，疗效较好。一般2~4周为1疗程。

四、肝性脑病治疗

1、14-氨基酸800、6-氨基酸520 前者适用于肝硬化肝性脑病。两者均含支链氨基酸，不含芳香族氨基酸。用法为6-氨基酸520，每次250ml，每日2次，与等量10%葡萄糖液加L-乙酰谷氨酸500mg串联后缓慢静脉滴注，至神志转清醒减半量，直至完全清醒，疗程5~7日。后用14-氨基酸800巩固疗效。注重复方氨基酸Sohamine或Freamine含较高酪氨酸、苯丙氨酸、蛋氨酸，可促发肝性脑病。

2、左旋多巴及卡多巴 用法为左旋多巴100mg、卡比多巴10mg加入10%葡萄糖液500ml，缓慢静脉滴注，每日1~2次。两药并用，可减少左旋多巴的副反应。注重不可与VitB6共用，因VitB6有多巴脱羧

酶作用，使左旋多巴脱羧，使脑内多巴胺浓度降低而失去作用，疗效不甚理想。3、控制氨的产生应从以下3方面着手：

(1) 清洁洗肠 用食醋30ml加生理盐水1000ml洗肠，或生理盐水洗肠，每日2次。洗肠后用50%乳果糖30ml和新霉素100mg加生理盐水100ml保留灌肠。(2) 口服灭滴灵或氨苄青霉素。(3) 乳果糖疗法 可酸化肠道环境、降低血氨，清除内毒素血症。用法为50%乳果糖30~50ml，每日3次，口服(昏迷者可鼻饲)，以餐后服为宜，达到每日排两次糊状便为准。

五、并发症治疗1、脑水肿预防重于治疗。当膝反射亢进，踝阵挛或锥体束征阳性时，疗效较好。(1) 脱水剂 20%甘露醇或25%山梨醇，每次250ml，快速加压静脉滴注，于20~30min内滴完，这点很重要。以后每4~6小时用1次，必要时在两次脱水剂之间加用速尿。如神志好转可减半量，但不延长间隔，以免反跳。山梨醇脱水作用较甘露醇稍差，但无致血尿的副反应。重型肝炎者出现脑水肿时选用山梨醇较安全。(2) 地塞米松 用法为10mg加入10%葡萄糖液适量静脉推注后，每4~6小时用5mg与脱水剂合用，连用2~3日。2、出血防治以下4种方法：(1) 补充凝血因子 大多凝血因子半衰期较短，故选用新鲜冷冻血浆为好。应用凝血酶原复合物(PPSB)含有纤维蛋白原、凝血酶原、凝血因子Ⅱ、Ⅴ、Ⅷ、Ⅹ四种凝血因子，有效量每日10U/kg。(2) H<sub>2</sub>受体阻断剂 预防胃出血。此类药物主在肝、肾代谢，有报告甲氰咪呱有损害肝脏的副作用，故用雷尼替丁(Ranitidine)，用法为150mg，每晚1次，副作用少，疗效好。(3) 降低门脉压力 选心得安，剂量以减慢心率25%为度，与H<sub>2</sub>受体阻断剂合用，可减少剂量。(4) 凝血酶 对胃粘膜糜烂出血、渗血者止血效果满足，当出血停止后，可减量或延长服药间隔。用

法为2000~10000U/次，每4~6小时1次，最短每1~2小时1次。

3、感染的防治（1）加强口腔、皮肤护理，严格消毒隔离、无菌操作，使室内空气净化，防止呼吸道感染。（2）内毒素血症可用羟氨苄青霉素0.5g每小时1次服用，对肠道菌有效。或用乳酸杆菌冲剂每次10g（每g含酸杆菌 $10^6$ 个），每日2~3次服用，可抑制肠道细菌。（3）细菌感染选用对肝、肾无毒性抗生素。

氨苄青霉素：每日6~8g，分次静脉滴注。适用于大肠杆菌感染。

氨氯青霉素；系氨苄青霉素与邻氯青霉素的等量混合品，每日6~8g，分次静脉注射，对大肠杆菌、金黄色葡萄球菌有效。

丁胺卡那霉素：0.2g每8小时1次，肌肉注射，紧急时可用同样剂量静脉滴注，每日2次，肾毒性较庆大霉素低。

头孢菌素：适用于严重感染者，尤其革兰阴性杆菌感染。常用的有头孢唑啉（先锋V），头孢呋新（西力欣）或第三代头孢菌素，如头孢噻甲羧肟（复达欣）、头孢三嗪（菌必治）、头孢哌酮（先锋必）。

甲硝唑（灭滴灵）：用于厌氧菌感染，用法为每次400mg，每日3次服用。严重感染者，成人用每100ml等渗液加甲硝唑500mg，在20min~30min内静脉滴注，每日2次。注重孕妇、哺乳期、中枢神经系统疾病、心脏病、血液病患者禁用。

抗霉菌药；有口腔真菌感染者可用制霉菌素、二性霉素B咪康唑（Miconazole）。深部真菌感染可选用氟康唑，应注重肝、肾功能不全者慎用。酮康唑的，应警惕肝损害。尚可用大蒜素注射液，成人每日60~120mg，加5%葡萄糖液500~1000ml静脉滴注，疗程2周。

4、肾功能衰竭在FHF死因中占第一位，预防重于治疗。如控制液体入量、避免用损害肾的药物。早期用渗透性利尿剂、改善微循环药物，预防高血钾等。血液

透析和腹膜透析很少有效。近年有用前列腺素E1、E2有改善肝肾综合征任用。六、电解质酸碱平衡失调的防治从起病即根据血气分析和电解质变化，随时间调整治疗方案。如代谢性碱中毒、呼吸性碱中毒合并代谢中毒、代谢性酸中毒等。低钠血症、低钙、低镁、低血钾等。七、肝支持疗法肝细胞生长因子疗法（HGF）：国内经多中心协作研究报告，在综合疗法基础上加用HGF或前列腺素E1，或用中西医结合治疗暴发性肝功能衰竭肝性脑病，其病死率较既往明显降低，可能与早期诊断、加强综合支持疗法及护理有关。近年报告许多肝脏病血清HGF都有不同程度升高，HGF受体与cmet基因（癌基因protooncogene）激活等有关。故广泛应用HGF之前，需了解给予大剂量外源性HGF的利弊、及对原癌基因激活的可能，尚待深入研究。血浆置换，人工肝正在研究中。肝细胞移植和肝移植国外尚未用于临床，国内已开始研究。

100Test 下载频道开通，各类考试题目直接下载。详细请访问  
[www.100test.com](http://www.100test.com)